

طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها: گامیابی‌ها و ناکامی‌ها

سعید کریمی*

چکیده

مقاله حاضر با هدف مطرح نمودن طرح نظام نوین اداره بیمارستان‌های دولتی ابلاغ شده از سوی وزارت بهداشت و درمان در سال ۱۳۷۳ تهیه گردیده است که ضمن بررسی اجمالی این طرح، گامیابی‌ها و ناکامی‌های اجرای آن را پس از هفت سال مطرح و پیشنهاداتی در جهت بهبود آن ارائه می‌نماید.

واژه‌های کلیدی: بیمارستان، استانداردهای کمی و کیفی خدمات درمانی، تعرفه، کارانه، هیأت نظارت

مقدمه

بیمارستان‌های (بخش دولتی) در کشور ما تاکنون با روش‌های متفاوتی اداره شده‌اند که هر کدام از این روش‌ها از معایب و مزایایی برخوردار بوده است. در این مقاله آخرین روشی را که هم اکنون در کلیه بیمارستان‌های دولتی (آموزشی و غیرآموزشی) اجرا می‌گردد بیان شده و سپس گامیابی‌ها و ناکامی‌های اجرای آن مورد بحث قرار می‌گیرد.

طرح نظام نوین اداره بیمارستان‌ها

در سال ۱۳۷۳ طرح نظام نوین اداره بیمارستان‌ها که به طرح خودگردانی بیمارستان‌ها معروف گردید توسط معاون درمان وقت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت اجرا به کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ گردید.

براساس این طرح بیمارستان به عنوان یک مرکز

بهداشتی، درمانی، آموزشی و پژوهشی باید در سطح استانداردهای کمی و کیفی خدمات درمانی را ارائه کرده و در قبال آن از طریق اخذ هزینه خدمات به میزان تعرفه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از مراجعه‌کننده یا شرکت بیمه طرف قرارداد کسب درآمد نموده و این درآمد را برای خرید مواد مصرفی پزشکی و غیرپزشکی و خدمات ارائه شده توسط شرکت‌های طرف قرارداد بیمارستان (کاخداری، طبخ غذا، سرویس ایاب و ذهاب و...) و هزینه‌های پرسنلی (اضافه کار، کارانه، حق لباس و...) هزینه نماید.

براساس این طرح به کلیه پزشکان، دندانپزشکان، داروسازان و سایر متخصصین گروه پزشکی که بصورت رسمی، پیمانی یا قرارداد ساعتی در بیمارستان خدمت می‌نمایند و براساس گزارش هیأت

نظارت بیمارستان همکاری مناسبی در زمینه‌های بهداشتی، درمانی، آموزشی و پژوهشی داشته‌اند (براساس جدول شماره ۱)، پس از تأیید نهایی هیأت نظارت مرکزی دانشگاه، مبالغی تحت عنوان کارانه (براساس جدول شماره ۲) از محل درآمد کسب شده پرداخت گردد.

شایان ذکر است که پزشکان هیأت علمی شاغل در بیمارستان کارانه مذکور را علاوه بر حقوق ماهیانه دریافت نموده و پزشکان غیرهیأت علمی مبلغ کارانه را پس از کسر مبلغ حقوق پایه دریافت می‌نمایند. در ضمن به پزشکان براساس نحوه همکاری مبالغی تحت عنوان حق محرومیت از مطب، حق آنکالی، حق مدیریت و... تعلق می‌گیرد.

از محل درآمد کسب شده به سایر پرسنل بیمارستان (رسمی و پیمانی) نیز، کارانه پرداخت می‌گردد که این مبلغ از محل (۲۰ درصد) کارکرد حق‌العلاج و حق‌العمل به اضافه (۲/۵ درصد) کل کارکرد واحدهای پاراکلینیک (آزمایشگاه، رادیولوژی، فیزیوتراپی، داروخانه و...) بوده و براساس امتیاز به دست آمده در سه جنبه امتیازات مربوط به نوع خدمت (پرستاری، امور مالی، پیراپزشکی، امور اداری)، امتیازات مربوط به مدرک تحصیلی (زیردیپلم، دیپلم، کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و بالاتر) و امتیازات مربوط به نحوه همکاری پرسنل پرداخت می‌گردد.

براساس این طرح استاندارد توزیع هزینه‌ها از محل درآمدهای بیمارستانی به شکل زیر مشخص گردیده است:

الف) هزینه‌های پرسنلی معادل (۶۰ درصد) کل درآمد.

ب) هزینه‌های غیرپرسنلی معادل (۴۰ درصد) کل درآمد [دارو و مواد مصرفی پزشکی (۱۵ درصد)، غذا (۷ درصد)، آب و برق و سوخت و تلفن (۵ درصد)،

ملزومات و مواد مصرفی غیرپزشکی (۵ درصد)، تعمیرات و نگهداری (۳ درصد)، تأمین تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای (۵ درصد)].

کامیابی‌ها

این طرح پس از حدود هفت سال اجرا کامیابی‌هایی داشته است که در دو محور زیر بحث می‌گردد:

۱- ایجاد انگیزه مالی در پرسنل بیمارستان:

این طرح موجب گردید که پرسنل بیمارستان احساس نمایند که در صورت افزایش درآمد بیمارستان این افزایش به شکلی در میزان کارانه دریافتی ایشان تأثیر خواهد داشت، البته این تأثیر بر پزشکان بیمارستان بسیار بیشتر از سایر پرسنل بود که جزئیات آن در طرح کاملاً مشخص می‌باشد.

۲- اداره نمودن بیمارستان براساس سیستم مالی درآمد - هزینه:

قبل از اجرای این طرح بیمارستان‌ها از لحاظ مالی به نحوی اداره می‌شدند که براساس آن درآمدهای بیمارستان‌ها به هر میزان که بود مستقیماً به حساب خزانه دولت واریز می‌شد و کل هزینه‌های بیمارستان نیز اعم از پرسنلی و غیرپرسنلی از طریق بودجه عمومی دولت تأمین می‌گردید و بالطبع هیچ گونه کنترل مالی از نقطه نظر درآمد - هزینه یا اصطلاحاً (دخل و خرج) وجود نداشت؛ ولیکن پس از اجرای این طرح از آنجا که به مرور زمان مقرر گردیده بود که کلیه هزینه‌ها به جز سرفصل حقوق پرسنل رسمی و پیمانی از محل درآمدهای بیمارستان تأمین شود، لذا نقش مدیران کارآمد مشخص گردید و بیمارستان‌هایی موفق شدند که توانستند از طرفی میزان درآمد خود را افزایش داده و از سویی سعی در کاهش هزینه‌های جاری بیمارستان نمایند تا از عهده هزینه‌های سنگین بیمارستان برآمده و در نهایت موفق به اداره بهینه

بیمارستان و ارائه سرویس مناسب به مراجعه کنندگان گردند.

ناکامی‌ها

در اجرای طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها به مرور زمان ناکامی‌هایی مشاهده گردید که برخی از آنها به دلیل کاستی‌های طرح و برخی به دلیل عوامل بیرونی بود که در زیر به مهمترین آن اشاره می‌شود:

۱- عدم توانایی مراجعه کنندگان (مردم) در پرداخت هزینه‌های درمانی:

براساس این طرح مدیران بیمارستان‌ها موظف به اخذ درآمد هستند و در صورتیکه موفق به اخذ درآمد درحد پوشش هزینه‌ها نشوند بیمارستان با مشکلات عدیده‌ای مواجه می‌گردد. از طرفی نیز منابع درآمدی بیمارستان یا از طریق اخذ وجه از بیماران آزاد و اخذ فرانشیز از بیماران بیمه‌ای و یا از طریق اخذ هزینه‌های درمانی بیمه‌شدگان از بیمه‌های مختلف می‌باشد و با عنایت به اینکه حدود (۲۰ درصد) از بیماران، تحت پوشش هیچ‌گونه بیمه‌ای نیستند و اکثر این افراد نیز بیکار بوده و هیچ‌گونه درآمدی ندارند، لذا اخذ وجه و تأمین درآمد از طریق این بیماران امکان‌پذیر نمی‌باشد و این موضوع موجب مشکلات زیادی در اداره بیمارستان از قبیل تأخیر در پرداخت کارانه پزشکان و پرسنل، تأخیر در پرداخت مزایای پرسنل شامل اضافه کاری و...، تأخیر در پرداخت هزینه آب و برق و تلفن و سایر اقلام مورد نیاز مانند لوازم پزشکی و دارو می‌گردد که این موارد تأثیر منفی در دستیابی به هدف اصلی بیمارستان که همانا گسترش سلامتی و بهبودی و رضایت بیماران می‌باشد، دارد.

۲- استهلاک ساختمان و تأسیسات بیمارستان و عدم بازسازی و رسیدگی به آنها:

بیمارستان از لحاظ ساختمان، تأسیسات و تجهیزات روز به روز در معرض استهلاک و خرابی

بوده و به طور منظم نیاز به بازسازی دارد. از آنجاکه در این طرح محل تأمین اینگونه هزینه از دو محل بودجه‌های عمرانی و درآمد بیمارستان درنظر گرفته شده و از سویی درآمد بیمارستان جوابگوی اینگونه هزینه‌ها نمی‌باشد و مبلغ تخصیص یافته از بودجه عمرانی نیز در سال‌های اجرای طرح به علت مشکلات مالی کشور بسیار کم بوده، لذا بیمارستان روز به روز با استهلاک بیشتری روبه‌رو می‌شود و عملاً مدیران بیمارستان یا بایستی نسبت به این روند بی توجه باشند که عواقب ناگواری در اداره بیمارستان به دنبال دارد و یا اینکه از محل درآمد اختصاصی این کار را انجام دهند که آن هم موجب بالا رفتن بدهی‌ها و عقب افتادن تعهدات مالی و در نهایت تأثیر منفی بر اهداف اصلی بیمارستان می‌گردد.

۳- تفاوت فاحش در درآمد پزشکان در بخش‌های دولتی و خصوصی:

در ابتدای اجرای این طرح درآمد پزشکان در دو بخش دولتی و خصوصی از تفاوت قابل قبولی برخوردار بود، ولیکن به مرور زمان این تفاوت بسیار فاحش گردید به شکلی که هم اکنون برای مثال انجام یک عمل جراحی سزارین در بخش دولتی مبلغی حدود ۱۰۰۰۰۰ ریال برای پزشک درآمد دارد که آن هم پس از چند ماه به پزشک پرداخت می‌شود ولی همین عمل جراحی در بخش خصوصی مبلغی حدود ۲۰۰۰۰۰۰ ریال برای پزشک درآمد دارد و سریعاً نیز به وی پرداخت می‌گردد. لذا برخلاف یکی از اهداف این طرح که ایجاد انگیزه در پزشکان جهت کار در بخش دولتی بود، پزشکان بخش خصوصی را به بخش دولتی ترجیح می‌دهند و این خود موجب کاهش درآمد بیمارستان که کاملاً وابسته به فعالیت پزشکان می‌باشد، گردیده است.

۴- کاهش انگیزه پرسنل غیر پزشک:

همانگونه که در مفاد طرح مشخص شده دریافتی

زمینه شناسایی و از ایشان تقدیر به عمل آید. بدیهی است در جهت اجرای این طرح توصیه می‌گردد که در اداره بیمارستان‌ها از مدیران تحصیلکرده در زمینه مدیریت استفاده شود.

۲- با توجه به مشکلات مراجعه کنندگان (مردم) در جهت تأمین هزینه‌های درمانی بایستی رابطه مالی مردم با مراکز بهداشتی و درمانی با ایجاد بیمه همگانی بر اساس اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی قطع گردیده و یا درحد پرداخت فرانشیز باشد. بدیهی است در این صورت منابع درآمدی بیمارستان به جای اخذ وجه از مردم از طریق بیمه‌ها تأمین می‌شود و یارانه‌های دولتی نیز به جای اختصاص به بیمارستان به صندوق‌های بیمه اختصاص خواهد یافت.

۳- واقعی نمودن تعرفه‌ها از سویی و نظارت بر عملکرد بخش خصوصی درمان از سوی دیگر، موجب کاهش تفاوت درآمد پزشکان در بخش دولتی و خصوصی شده و درنهایت موجب رضایت پزشکان و انگیزه ایشان جهت کار در بخش دولتی خواهد شد.

۴- ترمیم حق کارانه سایر پرسنل بیمارستان از طریق اصلاح در نحوه پرداخت‌ها موجب رضایت و افزایش انگیزه ایشان و در نهایت افزایش کارایی بیمارستان خواهد گردید.

پرسنل غیرپزشک اعم از پیراپزشک یا سایر پرسنل از محل این طرح بسیار اندک است، بطوریکه دریافتی یک پزشک از محل کارانه بین ۱۰ تا ۲۰ برابر یک پیراپزشک و پرستار می‌باشد.

نتیجه‌گیری

براساس مباحث فوق مشخص گردید که این طرح متأسفانه به دلایل ذکر شده نتوانسته است به اهداف خود که بالا بردن انگیزه پرسنل پزشکی و غیرپزشکی و متعاقب آن بالا بردن سطح سلامتی جامعه و رضایت مردم است دست یابد. این عدم موفقیت موجب مخالفت‌های متعددی از طرف مردم، کارشناسان و مسؤولان بخش بهداشت و درمان و مسؤولان اجرایی کشور گردیده است، بطوریکه بعضاً این افراد پیشنهاد لغو این طرح را داده‌اند ولیکن به نظر نگارنده این طرح با عنایت به کامیابی‌ها و ناکامی‌های ارائه شده نیاز به اصلاح داشته و لغو آن توصیه نمی‌گردد.

پیشنهادهای

۱- با توجه به اینکه مدیران بیمارستان‌ها با اجرای این طرح، با نحوه اداره بیمارستان بر اساس سیستم مالی درآمد - هزینه آشنا شده‌اند، لذا این روند بایستی ادامه پیدا نموده و مدیران موفق در این

جدول شماره (۱): ارزیابی نحوه همکاری پزشکان در طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها

ردیف	نام و نام خانوادگی پزشک	نوع تخصص	میزان ساعات حضور در بیمارستان			نحوه همکاری در امر آموزش و درمان			تعیین میزان افزایش یا کاهش سهم کارانه
			خوب	متوسط	بد	خوب	متوسط	بد	
۱									
۲									
۳									

جدول شماره (۲): نحوه محاسبه سهم کارانه در طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها

ردیف	خدمات بیمارستان به تفکیک انواع آن	ارزش خدمت برابر تعرفه	درصد سهم پزشک	درصد سهم پرستل	درصد سهم دانشگاه	درصد سهم بیمارستان
۱	هتلینگ		--	--	۵	۹۵
۲	هزینه اطاق عمل		--	--	۵	۹۵
۳	مواد مصرفی در اطاق عمل		--	--	۵	۹۵
۴	۶ درصد هتلینگ		--	--	۵	۹۵
۵	هزینه همراه		--	--	۵	۹۵
۶	بیهوشی		۳۵	۲۰	۵	۴۰
۷	اعمال جراحی		۴۰	۲۰	۵	۳۵
۸	مشاوره		۴۰	۲۰	۵	۳۵
۹	ویزیت	بستری	۴۰	۲۰	۵	۳۵
		سرپایی	۵۰	۲۰	۵	۲۵
۱۰	دندانپزشکی		۲۵	۲/۵	۵	۶۷/۵
۱۱	آزمایشگاه		۵	۲/۵	۵	۸۷/۵
۱۲	پاتولوژی آناتومیکال		۵۰	۲/۵	۵	۴۲/۵
۱۳	رادیولوژی		۱۰	۲/۵	۵	۸۲/۵
۱۴	سونوگرافی و سایر پروسیجرهای رادیولوژی		۲۵	۲/۵	۵	۶۷/۵
۱۵	رادیوتراپی		۱۰	۲/۵	۵	۸۲/۵
۱۶	۱- همودیالیز مزمن		۵/۳	۱۸	۵	۷۱/۷
	۲- دیالیز C.A.P.D		۹	۵/۷	۵	۸۰/۳
	۳- همودیالیز حاد		۱۳	۱۵	۵	۶۷
۱۷	۱- توسط پزشک		۱۰	۲/۵	۵	۸۲/۵
	۲- توسط کارشناس		۵	۲/۵	۵	۸۷/۵
۱۸	۱- توسط پزشک		۳۰	۲/۵	۵	۶۲/۵
	۲- توسط کارشناس		۱۰	۲/۵	۵	۸۲/۵
۱۹	ECG-EEG		۱۰	۲/۵	۵	۸۲/۵
۲۰	اکوکاردیوگرافی		۲۵	۲/۵	۵	۶۷/۵
۲۱	تست ورزش		۳۵	۲/۵	۵	۵۷/۵
۲۲	شیمی درمانی		۳۵	۲/۵	۵	۵۷/۵
۲۳	EMG		۴۰	۲/۵	۵	۵۲/۵
۲۴	فیزیوتراپی		۲۵	۲/۵	۵	۶۷/۵
۲۵	ادیومتری		۱۰	۲/۵	۵	۸۲/۵
۲۶	دارو و مواد مصرفی پزشکی			۲/۵	--	--

سهم دکتر داروساز از فروش دارو و لوازم مصرفی پزشکی تا مبلغ ۱۵۰۰۰۰۰۰ ریال: ۶٪
 مازاد بر مبلغ ۱۵۰۰۰۰۰۰ ریال: ۱٪

فهرست منابع

- ۱- بخشنامه شماره ۱۳۴۶۲. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مورخ ۷۳/۲/۱۴.
- ۲- بخشنامه شماره ۵۲۸۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مورخ ۷۸/۵/۱۰.

The New Managerial Approach for Hospital Administration: Weakness and Provision

S. Karimi M.S.*

Abstract

The present article introduces the law of the modern system of management of government-run hospitals, enacted by the Ministry of Health and Medical Education in 1994, and the amendment enacted in 1999. A brief discussion on the law and its achievements and shortcomings are included, along with suggestions to improve the law.

Key Words: *Hospital, Qualitive and Quantitive Standards for Health Services, Fee-for-Service, Board of Control*

Management
And
Medical
Information

مدیریت
اطلاع رسانی

پزشکی
۱۳۱

* Instructor, M.S. in Health Services Administration, Manager of Ziaeeian Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran.